

.....
(miejscowość, data)

**WNIOSEK O PRYZNANIE CERTYFIKATU
OBIEKTU PRZYJAZNEGO OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
Z USZKODZONYM NARZĄDEM SŁUCHU**

Wypełniony wniosek należy złożyć w sekretariacie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, można również przesłać go pocztą na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, ul. Tanowska 8, 72-010 Police.

Nazwa obiektu
.....
Ulica, nr
Kod pocztowy..... Miejscowość
Telefony: Fax:
e-mail: strona www
Właściciel lub użytkownik obiektu (imię i nazwisko lub nazwa i adres)
.....

1. Czy powierzchnia przed drzwiami wejściowymi pozbawiona jest odbojów, skrobaczek, wycieraczek lub innych urządzeń wystających ponad poziom wejścia do budynku lub wpuszczonych poniżej tego poziomu? : *

- a) Tak
- b) Nie

2. Czy schody służące do pokonywania wysokości większej niż 0,5 m zaopatrzone są w balustrady? : *

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak takich schodów

3. Czy instalacja alarmowa przeciwpożarowa wyposażona jest w świetlną sygnalizację zagrożenia, świecącą światłem niepulsacyjnym? : *

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak instalacji przeciwpożarowej

4. Czy obiekt posiada widoczne oznakowania ciągów komunikacyjnych zewnętrznych i wewnętrznych? : *

- a) Tak
- b) Nie

5. Inne udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (np. wydzielone miejsca parkingowe lub postojowe, dostosowane kasy i miejsca obsługi, pętle indukcyjne, obsługa posługująca się językiem migowym, itp.) : **

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Imię i nazwisko lub nazwa osoby odpowiedzialnej za przesłane dane:
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

UWAGA!

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych przedstawionych we wniosku.

* niepotrzebne skreślić
** wpisać jakie